

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (ai sensi dell' art.
47 del D.P.R. 445/2000)**

II/La sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....,

C.F.:.....

..... nato/a.....Prov.....il...,

residente a.....in

Via.....n.... tel.....

In qualità di

Persona con disabilità motoria permanente

Genitore/tutore della persona con disabilità motoria permanente:

Nome.....Cognome.....

C.F.:.....

nato/a.....Prov.....il.....

residente.a.....in Via.....n....

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art 47 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che al/alla/sottoscritto/a o al figlio/a/tutelato/a è stato riconosciuto lo stato di:

invalidità civile con una percentuale pari

al.....tipologia:.....

..... con certificato n°.....rilasciato in

data.....da.....(specificare:

struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS);

- └ invalidità civile con una percentuale pari al.....rivedibile
dopomesi dal.....
tipologia:..... con certificato
n°.....rilasciato in
data.....da.....
..... (specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS) ;
- └ Portatore di handicap (ai sensi della Legge 05.02.1992, n° 104) con certificato
n°.....rilasciato in
data.....da.....
(specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione relativa al suo stato di invalidità civile o di portatore di handicap.

Il / La sottoscritto / a allega alla presente fotocopia del documento di identità personale.

Data

.....

Il Dichiarante

.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e ai sensi dell'art. 39, comma 1, del D.P.R. 445/2000 sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione.